ZDROWIE I·ŻYCIE

DZIENNIK·URZĘDOWY
IZBY·ZDROWIA
W·GENERALNYM
GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 9. Rocznik I. | Kraków, 27. 10. 1940 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — Pressekonto przy Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Część redakcyjna: Rękopisy należy nadsyłać w języku niemieckim i polskim. Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

RADA ZDROWIA

Napisał: Dr med. Werner Kroll, stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia, Kraków

(Ciąg dalszy)

Zaufanie ludności do ogółu lekarzy zależy nie od wykształcenia czy innych reprezentacyjnych oznak zewnętrznych, lecz kieruje się ono ostatecznie i to zupełnie słusznie wedle **wyników leczenia.** A jeżeli wynik leczenia zawiedzie, czy też nawet zatraci się życie ludzkie, wtedy mówi się słusznie: „W tym przypadku popełniono błąd". I jest właśnie naszym obowiązkiem stworzyć takie warunki, aby podobne błędy już więcej nie mogły się zdarzać. Jest także naszym obowiązkiem nie uprawiać strusiej polityki, nie ukrywać się za jakąś iluzją stanu lekarskiego, lecz postawić rzeczywiście stan lekarski tak, ażeby on zupełnie dorósł do swych obowiązków wobec społeczeństwa. Właśnie i w tym wspomnianym artykule, który mam na oku przy omawianiu tej sprawy, wskazano też na to, że na skutek kryzysu zaufania następuje odpływ pacjentów do tzw. „partaczy-znachorów". Przy występowaniu tego rodzaju stosunków nie można tak bardzo przypisywać winy tego rozwoju wyłącznie lekarzom, ale musi się uwzględnić całość warunków działalności lekarskiej, które wreszcie doprowadziły do błędów rozwojowych. Jednakże trzeba też zdobyć się na odwagę uznania wreszcie popełnionych błędów i jasnego zdania sobie sprawy z przyczyn tych błędów, trzeba wynaleźć środki, aby przeciwko temu złemu stanowi rzeczy wystąpić i przede wszystkim wykluczyć na przyszłość możliwość szkodzenia zdrowotności narodu.

Nie mała część winy za ten stan rzeczy spada zapewne tutaj także na ogół społeczeństwa o tyle, że przeważna część pacjentów przyzwyczaiła się w wypadku choroby żądać natychmiastowych odwiedzin lekarza. Znamienny ten zwrot „**panie doktorze proszę zaraz** przyjść tu czy tam, **ale to musi być natychmiast, sprawa jest bardzo nagła**". A jeżeli wówczas lekarz przychodzi natychmiast, czy to w dzień, wyrwany ze swych godzin ordynacyjnych, czy też nawet w nocy, to bardzo często okazuje się, że chodzi tu o jakąś drobnostkę, w której nie była na ogół nawet potrzebna pomoc lekarska, a już najmniej pomoc **natychmiastowa.** A przy tego rodzaju przeciążeniu nie może lekarz mieć naturalnie do dyspozycji w potrzebnym rozmiarze czasu dla rzeczywiście ciężkich przypadków chorobowych. Trzeba się zatem starać o to, aby lekarza uwolnić od tego rodzaju nierozumnych wezwań i odciążyć go, oraz aby inne zawody lecznicze, które też właśnie bardzo chętnie chciałyby się zająć w tej dziedzinie przede wszystkim **pierwszą pomocą,** wciągnąć w znacznej mierze do tej pracy.

Byłoby więc zapewne o wiele lepiej, gdyby we wszystkich takich przypadkach, gdzie początkowo występuje jakieś małe nagłe cierpienie, może raczej przywołano przede wszystkim pielęgniarkę gminną czy pielęgniarza chorych lub felczera, który by najpierw stwierdził, czy rzeczywiście chodzi tu o jakąś groźną historię. Jeżeli ten wtedy powie: „tak, tu widocznie jest ciężkie cierpienie, stwierdziłem gorączkę i tutaj musimy natychmiast mieć lekarza", wówczas rzeczywiście zjawi się lekarz wprawdzie z opóźnieniem wynoszącym może kwadrans, ale wtedy wie on też, że ktoś znający się na rzeczy uznał natychmiastową pomoc lekarską za konieczną. Wówczas lekarz nie będzie się wzdragał rzucić w podobnych przypadkach wszystko, aby przede wszystkim spieszyć z pomocą lekarską. A wówczas dla takiego przypadku, ponieważ nie zachodzi to tak często, znajdzie on, rzecz oczywista, dość czasu, aby ten właśnie przypadek bardzo dokładnie zbadać. Potem zaś będzie on w stanie postawić właściwe rozpoznanie i na podstawie właściwego rozpoznania będzie mógł właściwe leczenie albo sam rozpocząć, albo też zaproponować np. przy jakimś schorzeniu chirurgicznym, jak ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (appendicitis) natychmiastowe przeniesienie do szpitala, względnie zarządzi tu, co właśnie w danej chwili wydaje się wskazane czy konieczne. Ale też nie będzie on musiał zatrzymać się u tego chorego dłużej, ponieważ wie już w takim razie, że inny odpowiedzialny wobec

niego człowiek znający się na rzeczy — pielęgniarka, pielęgniarz chorych czy też może felczer lub ten, kto właśnie pierwszy podjął się opieki, jest do dyspozycji aby stale czuwać nad przeprowadzeniem jego zarządzeń.

Wówczas nie będzie też konieczne, aby np. przy pneumonii czy może ciężkiej gorączkowej grypie lub ciężkim bronchicie, lekarz przybiegał codziennie, a w miarę możności, zwłaszcza jeżeli chodzi o szczególnie bojaźliwego pacjenta nawet może 2 czy 3 razy dziennie, aby odwiedzać tego pacjenta, tj. aby właściwie nie robić nic innego poza czuwaniem nad przebiegiem choroby. To samo może równie dobrze spełnić celowo wykształcony personal pomocniczy. Dobra pielęgniarka przy pomocy swych zręcznych i miękkich dłoni i ze swym przyjaznym uprzejmym sposobem obejścia odda jako pielęgniarka chorego równie znakomite usługi. Przeprowadzi ona kontrolę pulsu i temperatury tak dobrze, iż lekarz może być zupełnie spokojny, że jego pacjent jest w dobrych rękach.

Ale te wymienione osoby pomocnicze nie mogą popaść w manię wielkości i wyobrażać sobie, że teraz mogą robić wszystko inne wobec tego, że polecono im czuwanie nad przebiegiem choroby. Będą wykonywać jedynie tylko czynności nadzorujące a także codziennie stale informować lekarza o stanie jego pacjenta, tak aby w odpowiednich przypadkach lekarz mógł przyjść 2, 3 czy 4 razy w ciągu jednego dnia do szczególnie ciężko chorego, by nieść skuteczną pomoc odpowiednimi zabiegami leczniczymi, zastrzykami dla podtrzymania siły serca itd. Wszystko to odpada jednak, jeżeli rozporządzalna siła robocza zawodów leczniczych wyczerpuje się we wzajemnej walce.

Zarzuci mi się może, że praktycznie byłoby to całkiem nie do pomyślenia, aby może zachęcać chorego do wzywania przede wszystkim pielęgniarki, felczera, czy przedstawiciela jakiegoś innego zawodu leczniczego przed tym, zanim chory w ogóle uda się do lekarza. Tak nie można tego rozumieć. Oczywiście chory może wezwać lekarza, tak samo dobrze jak i jakąś osobę z innego zawodu leczniczego; ale właśnie lekarz winien mieć możność rozstrzygnięcia na podstawie rodzaju zawiadomienia i konieczności odwiedzin chorego, czy w tym wypadku uważa za konieczne, aby pójść tam natychmiast i ująć w swe ręce od razu całkowicie leczenie tego przypadku, czy też raczej zarządzi on najpierw, aby pielęgniarka czy jakiś inny pozostający do dyspozycji i prawdopodobnie właściwy dla tego poszczególnego przypadku członek zawodu leczniczego, zbadał naprzód chorego i dokonał obserwacji celem rozstrzygnięcia, czy lekarz ma go odwiedzić natychmiast czy też w innej porze, albo czy może w całkiem lekkim przypadku wizyta lekarza w ogóle nie jest potrzebna lub przynajmniej czy można ją odłożyć na później. Może się też np. zdarzyć, że kobieta dostanie krwawienia i z tego powodu żąda natychmiast odpowiedniej pomocy. Wówczas jeżeli ma się do czynienia ze zwyczajnym wypadkiem nadmiernego krwawienia pośle się najpierw po położną, a położna jeżeli ufa swemu znawstwu i swej wiedzy będzie chętnie gotowa sama służyć potrzebną pomocą. Nie w tym naturalnie leży sedno rzeczy, aby położna podejmowała się zadań, do których nie posiada ani dostatecznego wykształcenia ani wiadomości technicznych. W takim razie przyjmie więc ona chętnie zamówienie do wspomnianego wypadku, ale nie pójdzie sama tam natychmiast i nie roztoczy swej opieki, lecz pójdzie bezzwłocznie do lekarza i powie: „Panie doktorze, zawołano mnie do takiej a takiej kobiety, ma tam być silny krwotok; podobno jest bardzo źle. Wzywano mnie, abym przyszła natychmiast. Co mam robić?“ Wówczas lekarz zapewne natychmiast poweźmie decyzję: „Wie pani co, to ja pójdę tam zaraz razem z panią. Nic nie można wiedzieć. Czasem taka utrata krwi postępuje względnie szybko. Wezmę również z sobą narzędzia; niech pani przygotuje wszystko, niech pani idzie pierwsza, ja tam zaraz przyjdę“. W ten sposób oddano przysługę wszystkim zainteresowanym; lekarz wie, że nie musi biec natychmiast do niepotrzebnego przypadku; położna wie, że nie spada na jej barki odpowiedzialność, której nie może ponosić — a co najważniejsze, chory ma rękojmię, że mu się pospieszy natychmiast z odpowiednią i celową pomocą bez względu na to kogo spośród członków Rady Zdrowia zawiadomiono. Można też sobie wyobrazić, że jakiś człowiek, który gdzieś tam upadł i złamał sobie nogę, żąda natychmiastowej pomocy felczera. Możliwe jest, że felczer na podstawie swego wyszkolenia może w przypadku złamania, np. złamania nogi, udzielić natychmiastowej celowej i właściwej pierwszej pomocy. Wówczas wszystko jest bardzo pięknie. I wtedy winien też felczer wykonać tę czynność. Ale wówczas musi on też oczywiście natychmiast po udzieleniu pierwszej pomocy choremu zawiadomić lekarza i powiedzieć: „Zdarzyło się to i to, chorego ułożyłem tam i tam, panie doktorze może pan też tam przyjdzie w ciągu dnia, możliwie szybko o ile się da, obejrzy pan to i zarządzi co trzeba do dalszego leczenia“.

Właśnie przez **utworzenie Rady Zdrowia** ma się dążyć do tego, aby całą **zdrowotną opiekę przekształcić w jedną ogólną służbę zdrowia,** aby wszyscy członkowie Rady Zdrowia wypełniali swą służbę z poczuciem odpowiedzialności, aby najwyższą odpowiedzialność za całość służby zdrowia ponosił, rzecz oczywista, lekarz, zaś pozostałe podrzędne zawody lecznicze w granicach swej odpowiedzialności wobec lekarza leczyły samodzielnie tylko takie przypadki chorobowe, które są w stanie leczyć na podstawie swego wykształcenia.

Nie wolno dopuścić do utrwalenia się tego stanu, ażeby każdy, kto tylko może, rzucał się najpierw na chorego nieomal jak na zdobycz i następnie czuwał zazdrośnie, aby tego łupu nie wyrwał mu o ile możności członek innego zawodu leczniczego w drodze konkurencji. Właśnie wskutek takiego fałszywego wyrachowanego nastawienia wobec tego zagadnienia zdarza się niestety, że położne przewlekały nieraz tak długo przypadki porodowe, aż pomoc lekarska przychodziła za późno. Jeżeli w miejsce walki konkurencyjnej zawodów leczniczych przyjdzie organizacja Rady Zdrowia, wówczas wszystkie te niewłaściwe fakty, które słusznie wywoływały tyle złej krwi w opinii publicznej, znikną bez śladu. Jeżeli lekarz wreszcie będzie ponosił pełną odpowiedzialność za stan zdrowotności powierzonego mu obszaru, wówczas wedle możności położy on największy nacisk na to, żeby pracujące pod jego kierownictwem zawody lecznicze doszły do tak wysokiego stanu wyszkolenia, jak to jest tylko możliwe do osiągnięcia. Albowiem im lepszy jest personal pomocniczy, z którym lekarz współpracuje, tym lepiej może on wypełniać swe zadania, tym mniej musi się osobiście przekonywać o tym, jak wygląda praca podległych mu ludzi. Dzięki nadzorowanemu przez niego szkoleniu lekarz może być zawsze pewny,

że zostanie we właściwym czasie powiadomiony o niebezpieczeństwie, które by zagrażało jego pacjentom. Wówczas też zniknie zupełnie zjawisko walki w obrębie zawodów leczniczych w ciągu ostatnich dziesiątków lat, ba, może jeszcze bardziej odleglejszych czasów. Po większej części łamano sobie głowę całkiem poważnie nad tym, jak daleko należy doprowadzić wykształcenie różnych zawodów leczniczych, aby one nie wiedziały zbyt wiele i w ten sposób poniekąd w charakterze fuszerów nie stanowiły niebezpieczeństwa dla stanu lekarskiego.

To właśnie jest czymś, co nie ma nic wspólnego z wykonywaniem zadań leczniczych, a nawet wprost im się sprzeciwia. Nie chodzi o to, aby wykształcenie zawodów pomocniczych utrzymywać na możliwie najniższym stopniu w tym celu, by zapobiec niebezpieczeństwu współzawodnictwa, lecz przeciwnie chodzi o to, aby wszystkie zawody lecznicze pod względem wykształcenia podnieść na taką wyżynę, by naprawdę dorosły do wykonywania swych zadań. Nie jest przy tym potrzebne, by lekarz prowadził dla członków podporządkowanych mu zawodów leczniczych informacyjne kursy dokształcające, celem podniesienia ich w ten sposób, lecz intensywna odpowiedzialna współpraca lekarza z członkami innych zawodów leczniczych winna doprowadzić do tego, aby zawody lecznicze uczyły się od lekarza, nabierały coraz większej pewności w ocenie wypadków chorobowych, przez co pomyłki będą zdarzały się coraz rzadziej. Obawa mylnej oceny będzie tym mniejsza, że i w stosunku do lekarza istnieje odpowiedzialność dyscyplinarna, a odnośny człowiek wykonywujący zawód leczniczy wie, że i on pociągnięty będzie do współodpowiedzialności za przekroczenie swych uprawnień czy wiadomości, lub spóźnione zawiadomienie lekarza o groźnej a przez niego mylnie przedstawionej zmianie stanu choroby. **Przy takiej organizacji Rad Zdrowia będą coraz bardziej zanikały usprawiedliwione skargi na to, że w wypadkach ciężkich groźnych nagłych zachorzeń nie było na czas odpowiedniej pomocy.** Nie zdarzy się już, aby lekarz trawił wiele godzin dziennie na odwiedzanie chorych i objazdy po wsi, a tymczasem nie można go osiągnąć wtedy, gdy potrzeba go wezwać do rzeczywiście ciężkiego przypadku. Nastąpi wtedy celowa gospodarka siłami roboczymi zawodów leczniczych. Tak **konieczna** zwłaszcza w działalności zawodów leczniczych **gotowość do niesienia pomocy** zostanie przywrócona. Nie będziemy oceniać na łokcie tego, jaką drogę — zresztą zupełnie zbytecznie — przebiegnie po mieście przedstawiciel pewnego zawodu leczniczego, aby udawać jak bardzo jest zajęty, lecz każdy z nich będzie do dyspozycji wtedy, gdy rzeczywiście będzie potrzebny, przy czym dbać się będzie o to, by chory naprawdę jak najprędzej poddany został odpowiedniej opiece. Należy dodać, że dzisiaj wszędzie panują więcej lub mniej chaotyczne stosunki, część zawodów leczniczych jest może u publiczności bardziej pożądana, inne natomiast siedzą w kącie nadąsane i nie mają tyle pracy, ile mogłyby chętnie podołać. Dopiero wprowadzenie tej organizacji da rękojmię, że nie tylko ten najbardziej lubiany będzie zgarniał dla siebie całą pracę.

Wprawdzie ze strony publiczności i laików możemy się spotkać z zarzutem: „Dobrze, ale cóż stanie się z prawem **wolnego wyboru lekarza,** gdzieś jest wolne prawo pacjenta wezwania pomocy tego, którego właśnie pragnie". Trzeba więc sobie powiedzieć, że i w tym względzie musimy się przyzwyczaić do tego, iż **dobro ogólne musi iść przed korzyścią jednostki.** Jest zupełnie zrozumiałe, że popularność poszczególnych zawodów leczniczych jest bardzo różna. Istnieją lekarze, którzy posiadają nadzwyczajne powodzenie wśród publiczności i bardzo chętnie korzysta się z ich pomocy, lekarze, którzy przez to właśnie stają się sławni i przez tę sławę przeciążeni są pracą. To przeciążenie powoduje w końcu, iż dany lekarz nie może odpowiedzieć życzeniu i spełnić nadziei, jakie pokładano w nim właśnie wskutek jego sławy. Wreszcie dochodzi się do objawów tego rodzaju, jakie w artykule tym specjalnie podnosiłem, że nawet wybitny i **sławny lekarz zawodzi wskutek przeciążenia pracą.** Konieczne jest przeto wprowadzenie na należyte tory tego przeciążenia pojedynczych lekarzy, a zwłaszcza poszczególnych zawodów leczniczych, spowodowanego tyranią publiczności. Trudno jest bowiem pogodzić się z tym, aby każdy spośród 30 czy 40 pacjentów w danym mieście naraz miał pretensję o to, by lekarz w tym samym czasie odwiedził **właśnie jego.** Jeżeli sprawę tę logicznie rozważymy, dojdziemy do przekonania, że takie liberalne nastawienie nie przynosi korzyści samemu zagadnieniu. Zresztą prawo poszczególnego chorego i zastrzeżenie wyboru lekarza przez te zarządzenia zupełnie nie zostaje ograniczone. Jest zrozumiałe samo przez się, że lekarz z czysto ludzkich względów pójdzie bardzo chętnie do takiego chorego, który zwraca się do niego specjalnie o pomoc. Ale nie może się naturalnie zdarzać i organizacje zawodów leczniczych nie mogą tego absolutnie znosić, by na siłach pewnych kategorii zawodów leczniczych uprawiać gospodarkę rabunkową, aby właśnie szczególnie uzdolniony i przez to ulubiony lekarz niedostępny był dla innego pacjenta, który co najmniej w tym samym stopniu potrzebuje jego pomocy, jak ktoś inny, kto ze względów liberalno-demokratycznego nastawienia uważa się za szczególnie uprawnionego do bezwzględnego przeforsowania swych pilnych żądań. Także przy rozwijaniu i racjonalnym kształtowaniu zawodów leczniczych pod żadnym warunkiem nie możemy zrezygnować z przyjęcia zasady: „Dobro ogółu idzie przed dobrem jednostki", lecz bezwzględnie musimy ją w czyn wprowadzić. I tylko w ten sposób będziemy mogli uwzględniać te pretensje, z którymi słusznie występuje się wobec zawodu leczniczego.

Oceniając właśnie trudności, jakie piętrzą się przed zawodami leczniczymi wskutek wypadków ostatnich czasów, dochodzimy do tego, aby zagadnienie celowej organizacji poszczególnych zawodów leczniczych rozpatrzyć z najrozmaitszych punktów widzenia. W związku z tym powstało również hasło tzw. „Ośrodka zdrowia". **W praktyce** ośrodek zdrowia jako **„Dom zdrowia" nie jest niczym innym, jak pomieszczeniem Rady Zdrowia we własnym budynku** i trzeba zastanowić się nad tym, czy nie należałoby w każdej poszczególnej miejscowości, zwłaszcza zaś w siedzibie jednego lekarza, stworzyć takie warunki, aby Rada Zdrowia miała do swej dyspozycji budynek służbowy, w którym skupiałaby się sprawnie zorganizowana służba lekarska. Jest to wskazane zwłaszcza przy pełnieniu służby nocnej. Nadzwyczajnym przeciążeniem tak dla lekarza jak i dla wszystkich innych przedstawicieli zawodów leczniczych jest to, gdy w ciągu nocy kołacze się do nich niezliczoną ilość razy, wzywając do wypadków, które nie zawsze

rzeczywiście wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej. Każdy lekarz mógłby przytoczyć z własnej praktyki liczne wypadki, kiedy w nocy nagle wezwany został pospiesznie np. do dziecka. Dziecko to rzekomo płakało, nie pozwalając matce spać, tak że wreszcie ojciec rozgniewany powiedział: „Jeżeli to się nie skończy i nie będę miał spokoju, to zaraz sprowadzę doktora". I lekarz został następnie wezwany, chociaż miało się tutaj do czynienia tylko z niegrzecznością dziecka lub czymś w tym rodzaju. Nic też dziwnego, że lekarz mający wiele zatrudnienia, gdy podobne przypadki zdarzą mu się nie raz lecz kilkakrotnie w ciągu nocy, następnego dnia nie posiada pełnej sprężystości i że wskutek przepracowania i niewyspania popełnia błędy, których można by uniknąć, gdyby pozwolono mu na konieczny spoczynek nocny. Bo przecież **lekarz, lecz i w ogóle każdy członek zawodu leczniczego, jest tylko człowiekiem, który musi mieć odpowiedni czas, aby po pracy odpocząć.** (C. d. n.)

O jaglicy i jej zwalczaniu

Napisał Prof. Dr Hans Lauber, Kraków

Jaglica jest znanym od najdawniejszych czasów, bezwątpienia zakaźnym schorzeniem oczu, silnie rozpowszechnionym w niektórych krajach. Do tych krajów należy także obszar Generalnego Gubernatorstwa. Nie posiadamy zupełnie ścisłych danych co do ilości cierpiących na jaglicę w obrębie Generalnego Gubernatorstwa. Wyniki badań dzieci szkolnych oraz poborowych uprawniają do oceny liczby chorych jagliczych w okresie przedwojennym na 1% ludności. Czy i w jaki sposób zmieniła się liczba jagliczych podczas wojny i po wojnie, dotychczas nie wiemy. Ponieważ brud, skupienie licznych ludzi i ciasnota mieszkaniowa sprzyja szerzeniu się jaglicy, jest raczej prawdopodobne, że ilość chorych jagliczych na skutek wydarzeń wojennych i powojennych powiększyła się. Na skutek tego wzrosła również ważność zagadnienia zwalczania jaglicy w porównaniu do czasów przedwojennych.

Jeżeli na początku podkreśliłem zakaźność jaglicy, to należy wskazać i na to, że jaglica przenosi się z jednego osobnika na drugiego li tylko przez zetknięcie się z wilgotną jeszcze wydzieliną spojówki jagliczej. Wydzielinę tę można przenosić z jednego osobnika na drugiego za pośrednictwem ręki, bielizny (ręczników, chustek do nosa), różnych przedmiotów codziennego użytku np. klamek u drzwi. Natomiast wykluczone jest przenoszenie się jaglicy przez powietrze. W niektórych krajach odgrywa pewną rolę przenoszenie zarazków przez muchy, czego nie można lekceważyć. Ileż to wschodnich narodów odznacza się niechlujstwem i niewiarogodną nieudolnością; chorzy nie obcierają wydzieliny spojówki, tak że oczy często są otoczone obfitą lepką wydzieliną. Muchy, nie odpędzane często przez chorych, siadają na zanieczyszczoną skórę, przenosząc na inne osoby wydzielinę zawierającą obok zarazków chorobowych zapalenia spojówki także i zarazki jaglicy, przez co niejedna choroba oczu nabiera cech schorzenia nagminnego. Nieczystość rąk i przedmiotów codziennego użytku wraz z nieczystymi przyzwyczajeniami, jak np. obcieranie oczu i nosa gołymi rękami, co można tak często zaobserwować, stanowią najważniejsze czynniki w przenoszeniu jaglicy. Dlatego też koniecznie potrzeba wychowania wszystkich warstw ludności w kierunku czystości. Tutaj właśnie lekarze muszą pierwsi dać dobry przykład. Nie jest dopuszczalne przystępowanie do badania chorego bez uprzedniego umycia sobie rąk. Szczególnie przy masowych badaniach, np. w kierunku jaglicy, lekarz powinien sobie myć ręce przed badaniem każdego chorego. Toteż przy masowych badaniach wskazane jest nakładanie rękawiczek gumowych i po każdym badaniu opłukiwanie rąk w rozczynie odkażającym (sublimat albo oxycyanat rtęci 1:1000). Mydło nie jest potrzebne, ponieważ rękawiczki gumowe nie są tłuste jak skóra. Znane mi są przypadki zakażenia jaglicą osób dotychczas zdrowych podczas masowych badań lekarskich.

Chorym na jaglicę powinno się surowo nakazać mycie rąk po każdym dotknięciu oczu. Właśnie zaniedbanie dokładnej czystości przez matkę, albo przez inną osobę pielęgnującą, jest przyczyną tak częstego rozwoju jaglicy w wczesnym dzieciństwie. Ścisłe stosunki pomiędzy matką a dzieckiem stanowią przyczynę wzajemnego zakażenia. Chora matka zakaża dziecko, lub chore dziecko zakaża matkę, co stwierdzono jednakowo często. Przy zawleczeniu jaglicy w grono rodzinne matka ulega zakażeniu o wiele częściej niż ojciec, który więcej przebywa poza domem i nie jest w tak ścisłym kontakcie z dziećmi jak matka.

Właśnie ta okoliczność, że jaglica może się przenosić tylko z jednego człowieka na drugiego, nakłada obowiązek przy stwierdzeniu jaglicy u jakiegoś osobnika zbadania tych osób, które żyją z nim w ciągłej łączności, a więc przede wszystkim współmieszkańców. Przez to można z jednej strony wykryć tego albo tych, od którego albo od których chory się zakaził, a z drugiej strony tych, na których przeniósł swoje cierpienie. Racjonalna walka z jaglicą musi zawsze iść w kierunku wykrycia źródła zakażenia oraz objąć osoby zakażone przez chorego, albo zagrożone zakażeniem.

Walkę z jaglicą musi się oprzeć na zbadaniu całej ludności, co nie jest zawsze łatwe do przeprowadzenia. Przede wszystkim należy badać wspólnoty pracy: dzieci szkolne, robotników w przedsiębiorstwach, poborowych, osoby poszukujące pracy. W taki sposób można uchwycić chorych jagliczych tej grupy ludności, w razie potrzeby odosobnić ich, a w każdym razie uprzedzić otoczenie o niebezpieczeństwie zakażenia, przynaglać ich do największej czystości, przez co można przeszkodzić rozpowszechnianiu choroby. Następnym krokiem jest zbadanie współmieszkańców każdego chorego na jaglicę. W taki sposób można uchwycić wielką ilość zajagliczonych.

Jeżeli prowadzi się spis chorych na jaglicę, a przy zmianie miejsca zamieszkania ich nazwiska zostają przekazane prowadzącym listę w nowym miejscu zamieszkania, można roztoczyć ścisłą kontrolę nad chorymi. Dlatego też jaglica należy do chorób, których zgłaszanie do władz sanitarnych jest obowiązkiem.

To postępowanie jest podstawą drugiego etapu walki z jaglicą — mianowicie przymusowego leczenia. Niektórzy chorzy są o tyle rozsądni, że poddają się leczeniu dowiedziawszy się o istnieniu stanu chorobowego. Wielu chorych natomiast zachowuje się biernie i niedbale, obawia się kosztów i trudu leczenia, zwłaszcza że leczenie jest długotrwałe i często przykre. Chcąc energicznie zahamować rozpowszechnienie jaglicy, albo wyplenić ją doszczętnie, trzeba bezwarunkowo dbać o to, aby wszyscy chorzy na jaglicę zostali poddani leczeniu i to aż do zupełnego wyleczenia. Jaglicę wykrytą we wczesnym okresie rozwoju, gdy jeszcze nie doszło do powikłań, można całkowicie usunąć przez regularne leczenie oraz zapobiec powstawaniu powikłań. Systematyczne leczenie jaglicy przynosi pożytek nie tylko poszczególnemu osobnikowi lecz przede wszystkim ogółowi. Nie tylko oszczędza ono jednostce wielu cierpień, które powstają szczególnie przy powikłaniach, powodując bolesne i ciężkie stany chorobowe, nie tylko zabezpiecza wzrok lecz także posiada wielkie znaczenie społeczne. Endemiczna jaglica jest wielką plagą ludności jako schorzenie długotrwałe, ciągnące się często przez wiele lat. Podczas swojego trwania wielokrotnie powoduje niezdolność do pracy na okres tygodni i miesięcy, a wreszcie przez obniżenie zdolności widzenia powoduje zmniejszenie lub utratę zdolności zarobkowania i pracy. Uwzględniając okoliczność, że wiele tysięcy osób w kraju cierpi na jaglicę, łatwo dojść do wniosku, że co roku traci się wiele milionów dni pracy, co obciąża zarówno jednostki jak i ogół wielkimi ciężarami nieprodukcyjnymi. Celem naszych dążeń jest zapobieganie chorobie, które może być osiągnięte tylko przez wyleczenie każdego chorego osobnika. Dlatego też objęcie spisem i przymusowe leczenie jaglicy jest zadaniem wysoce społecznym, którego przeprowadzenie znacznie podniesie ogólny dobrobyt. Ta praca stanowi zatem zadanie zdrowotnej opieki nad ludnością.

Jaglica może u wielu chorych przebiegać prawie bezobjawowo i nieraz spotykamy osoby z wygojoną jaglicą zupełnie nieświadome tego, że kiedykolwiek chorowały na oczy. Takie przypadki należą do wyjątków. Jaglica przeważnie powoduje wybitne dolegliwości podmiotowe: poczucie ciężkości powiek, swędzenie, pieczenie, kłucie w oczach, u wielu chorych dokuczliwe jest łzawienie i wydzielina, które wymagają ciągłego obcierania oczu. Wreszcie powstają często objawy zapalne ze znacznym światłowstrętem, skurczem powiek i silnymi bólami, co uniemożliwia tygodniami wszelką pracę. Jeżeli powstaje łuszczka albo owrzodzenie rogówki, to nawet po ich wygojeniu pozostaje wybitne upośledzenie zdolności widzenia, a skutkiem tego także i zdolności do pracy. Wielu chorych musi z powodu słabej zdolności widzenia porzucić delikatniejszą i lepiej opłacaną pracę i przejść do grubszej, gorzej płatnej pracy, przez co obniża się często poziom życia. Rozumie się samo przez się, że to wpływa na los całych rodzin.

Ponieważ jaglica rozpowszechniona jest w całym kraju, wszyscy lekarze muszą brać udział w jej zwalczaniu. Nie mamy i nie możemy mieć w kraju tylu okulistów, ażeby wyłącznie oni mogli przeprowadzić walkę z jaglicą; dlatego też niezbędne jest, aby wszyscy lekarze praktycy, w szczególności lekarze pracujący na wsi, potrafili rozpoznawać i leczyć jaglicę. Wprawdzie już studenci medycyny podczas swych studiów poznają obraz jaglicy, przeważnie nie wystarcza to jednak, żeby ich uzdolnić do praktycznej walki z jaglicą. Dlatego też w drodze dokształcenia każdy lekarz biorący udział w zwalczaniu jaglicy zaznajamia się z patologią, kliniką i leczeniem jaglicy, co go uzdalnia do wykonania zadania. Przeszkolenie wszystkich lekarzy w dziedzinie rozpoznawania i leczenia jaglicy musi stanowić ważny punkt w organizacji walki z jaglicą.

Nadzwyczaj ważny czynnik w tej walce stanowi — jak przy każdej chorobie zakaźnej — znajomość zarazka, jako warunek zupełnie pewnego odgraniczenia swoistości jednostki chorobowej, a jednocześnie jako punkt wyjścia dla badań doświadczalnych i laboratoryjnych nad zwalczaniem zarazka. Pomimo że liczni badacze poświęcili wiele czasu i trudu temu zagadnieniu, jeszcze nie znamy zarazka jaglicy. Wiemy już, że nie należy on do grupy bakterii, uważamy dziś za prawdopodobne, że należy do grupy virusów. Miejmy nadzieję, że staraniom licznych badaczy pracujących nad zagadnieniem jaglicy uda się rozwiązać tajemnicę otaczającą istotę zarazka jagliczego. Byłoby to wielkim krokiem naprzód w walce z jaglicą.

Okoliczność, że jeszcze nie znamy zarazka jaglicy, ma praktyczne znaczenie, ponieważ utrudnia pewne rozpoznanie jaglicy w poszczególnych wypadkach. Praktyk, który w wypadku podejrzenia choroby zakaźnej ma możność wykrycia przy pomocy badania bakteriologicznego swoistego zarazka i przez to ustali rozpoznanie, stoi na pewnej podstawie. Tej pewności w stosunku do jaglicy jeszcze nie posiadamy. Musimy zatem oprzeć się na klinicznych oznakach cierpienia, a rozpoznanie w poszczególnym wypadku wymaga wiele doświadczenia, żeby zadecydować czy chodzi o jaglicę, czy też o inne schorzenie spojówki. Wprawdzie obecność grudek uważa się za charakterystyczną cechę jaglicy. Istnieje jednak cały szereg chorobowych zmian spojówki, przy których istnieją grudki i nie jest wcale tak łatwym odróżnić te grudki od siebie. Nawet jeszcze dziś istnieją wielkie różnice zdań co do odgraniczenia jaglicy od innych podobnych schorzeń. Duże szarawe miękkie na pół przezroczyste i dające się łatwo wycisnąć grudki bez wątpienia należy uważać za jagły. Drobne jagły w początku swego rozwoju znacznie odbiegają od powyższego opisu i tu zachodzi wielka trudność wypowiedzenia się, czy chodzi o jagły czy o grudki innego rodzaju. W takim przypadku ostrożność nakazuje nie ustalać od razu rozpoznania, a raczej obserwować chorych przez dłuższy okres czasu, żeby się przekonać jaki jest dalszy rozwój grudek, czy przybierają cechy jagieł, czy też nie. Ważnym jest fakt, że jagły z biegiem czasu rozmiękają, otwierają się, oddają swoją zawartość na zewnątrz i pozostawiają delikatne małe blizny.

Powstawanie jagieł nie jest jedyną zmianą, wywołaną w spojówce przez jaglicę. Tworzenie się jagieł polega przeważnie na lymfocytowym nacieku już istniejących grudek. Nacieczenie to występuje w różnym stopniu w całej spojówce, a ogólne rozlane nacieczenie może przewyższać umiejscowione nacieczenie grudek. Nacieczenie połączone jest z przekrwie-

niem i po pewnym czasie występuje — jak prawie przy każdym długotrwałym zapaleniu śluzówek — przerost brodawkowy tych części spojówki, które są silniej unaczynione. Stąd pochodzi wybitny przerost brodawkowy spojówek powiekowych przy jaglicy. Nacieczenie i przerost nie ograniczają się do właściwej spojówki, sięgają one głębiej i obejmują tkanki podspojówkowe, tak np. tarczkę i gładki dźwigacz powieki górnej (mięsień Müllera). Stąd pochodzi ociężałość górnej powieki, której tarczka jest duża, a przy silnym powiększeniu przy nacieczeniu i przy zwiotczeniu mięśnia przez naciek prowadzi do swoistej „ptosis trachomatosa" (opadnięcie jaglicze powiek). Także sąsiednie stojące w bezpośredniej łączności ze spojówką narządy: gruczoł łzowy i woreczek łzowy mogą ulec jaglicy i swoistemu nacieczeniu. Widzimy zakażenie gruczołu łzowego i woreczka łzowego. Każde nacieczenie jaglicze i przerost tkanki przy jaglicy prowadzą do zbliznowacenia i tym właśnie różni się jaglica od prawie wszystkich innych schorzeń spojówki. Istnienie blizn spojówki jest zatem jedną z istotnych oznak zastarzałej jaglicy. Blizny stanowią także przyczynę niektórych ciężkich wtórnych powikłań jaglicy. Blizny samej spojówki i bliznowate zniekształcenie tarczek wywołują podwinięcie powiek ze wszystkimi jego następstwami. Zbliznowacenie jest także częściowo przyczyną zmiany nabłonka spojówki, który zmienia się z nabłonka walcowatego na nabłonek brukowaty, przy czym równocześnie giną liczne komórki kubkowe i inne właściwe gruczoły spojówki. Ta zmiana nabłonka spojówki może prowadzić do jej suchości, a wreszcie do nieodwracalnej kserozy spojówki i rogówki.

Zmiany spojówki powiek i jej załamków w początku schorzenia stanowią najważniejsze zmiany kliniczne. Przy tym jednakże spojówka gałkowa także jest chora i zmiany tej części spojówki wkraczają na spojówkową część rogówki — powstaje łuszczka jaglicza (Pannus trachomatosus), mniej czy więcej rozlane nacieczenie powierzchownych warstw rogówki, połączone z wrastaniem do niej naczyń. Ta sprawa chorobowa niszczy powierzchowne warstwy rogówki i goi się tylko przez zbliznowacenie. Współudział rogówki w sprawie jagliczej stanowi jeden z najcięższych objawów tej choroby i ciężko upośledza zdolność widzenia niezliczonej ilości oczu. Na dolnym brzegu łuszczki, która wkracza do rogówki od górnego jej brzegu, często wytwarzają się owrzodzenia. Często niewielkie początkowo wrzody powiększają się przez wtórne bakteryjne zakażenia i goją się pozostawiając po sobie gęste blizny. Wrzody rogówki niejednokrotnie powodują zapalenie tęczówki z powstaniem zrostów między tęczówką a torebką soczewki i odgraniczenie źrenicy z powstawaniem wtórnej jaskry, która całkowicie niszczy resztki zdolności widzenia. Wskutek tego jaglica stanowi jedno z ważnych źródeł ślepoty w krajach, gdzie występuje endemicznie. A przecież ślepoty z powodu jaglicy można zupełnie uniknąć Zapobieżenie zakażeniu jaglicą oraz leczenie jaglicy we wczesnych jej okresach może z pewnością zapobiec powstawaniu ślepoty.

Widzimy zatem, że jaglica jest schorzeniem posiadającym wielkie znaczenie zarówno dla poszczególnego dotkniętego nią osobnika jak i dla ogółu. Systematyczne i wytężone zwalczanie jaglicy jest zatem ważnym zadaniem lekarzy, którzy przez udział w tej pracy mogą zdobyć i bez wątpienia zdobędą wielką zasługę wobec swego kraju.

Dawne Państwo Polskie stworzyło organizację walki z jaglicą, która przyczyniła się do ograniczenia tej choroby. Racjonalna walka z jaglicą, jak z każdą chorobą zakaźną, wymaga wielkiej i dobrze przemyślanej organizacji. Wydział spraw zdrowotnych i zdrowotnej opieki nad ludnością w Generalnym Gubernatorstwie postawił sobie za zadanie zwalczanie jaglicy na tym obszarze administracyjnym. Polski Czerwony Krzyż bierze udział w przeprowadzeniu tej walki. Przy hojnym wyznaczeniu znacznych środków i wykorzystaniu badań naukowych będzie można osiągnąć ten cel. Ustawowe nałożenie obowiązku opieki społecznej udostępni nawet najbiedniejszemu poddanie się obowiązkowemu leczeniu. Nie może ulegać wątpliwości, że to dążenie do polepszenia stanu zdrowotnego ludności uzyska skuteczne poparcie wszystkich lekarzy, których zadanie życiowe stanowi opieka zdrowotna nad ludnością.

Przegląd tygodnia

Prawo Generalnego Gubernatorstwa.

(Wydane przez Oberlandesgerichtsrat Dra Alberta **Weh**, kierownika Wydziału ustawodawstwa przy Urzędzie Generalnego Gubernatora, — Burgverlag Krakau — 567 stron, cena Zł 10.00).

Wydawca zebrał w przejrzystej formie wszystkie wydane przez Generalnego Gubernatora do dnia 30 kwietnia 1940 r. rozporządzenia i podał je w następującym układzie rzeczowym:

I. Administracja
II. Wymiar sprawiedliwości
III. Sprawy pieniężne
IV. Gospodarka wyżywienia i rolnictwo
V. Leśnictwo i łowiectwo
VI. Gospodarka
VII. Praca
VIII. Sprawy zaopatrzenia
IX. Skarbowość
X. Komunikacja
XI. Przepisy dla żydów.

Spis rzeczy, w którym działy rzeczowe podzielone zostały jeszcze na poddziały, daje dobry przegląd i sprawia, że w połączeniu z wyczerpującym spisem rzeczowym materiał prawny obejmujący trzy części zbioru zarządzeń, jest jasny i przejrzysty. Krótkie uwagi wydawcy i odsyłacz orjentacyjny podnoszą jego wartość.

Dekret Führera i Kanclerza Rzeszy o Administracji okupowanych polskich obszarów z dnia 12 października 1939 r. i Proklamacja Generalnego

Gubernatora z dnia 16 października 1939 poprzedziły tekst jako prawna podstawa i bodziec do wydania książki.

Wyczerpująca przedmowa i słowo wstępne zastępcy Generalnego Gubernatora, sekretarza stanu Dra Bühlera, uzupełniają dzieło wydane w języku niemieckim i polskim. M.-G.

Choroby zakaźne w Krakowie. We wrześniu 1940 zgłoszono: typhus abd. zachorowań 19 (zgonów —), dysenteria 11 (1), malaria 2, scarlatina 13, diphteria 21 (1), tuberculosis pulm. 35 (19), pertussis 13, febris puerperalis 1 (1), meningitis cerebro-sp. 1 (1), Heine Medin 2, erysipelas 4 (1), trachoma 3, morbilli 119, parotitis epid. 1.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Anordnung

Bei meiner Besichtigungsreise durch das Generalgouvernement habe ich festgestellt, dass in manchen Apotheken Werbeanschläge und Listen mit Namen und Anschriften einiger Ärzte und Zahnärzte in den Geschäftsräumen, ja sogar in den Schaufenstern der Apotheken angebracht werden.

Da dies den Eindruck einer billigen Reklame macht und dadurch das Ansehen des Ärztestandes herabgesetzt wird, verbiete ich den Ärzten und Apothekern, diese Art von Reklame zu tätigen und zu dulden.

Der Leiter i. V.
Dr. Kroll

Bekanntmachung
Vom 30. September 1940

Auf Grund der polnischen Verordnung über die Herstellung und den Vertrieb pharmazeutischer Spezialitäten vom 30. Juni 1926 (Gesetzblatt der Republik Polen Nr. 70 Pos. 409) und der Verordnung zur Änderung und Ergänzung der polnischen Bestimmungen über die Herstellung und den Vertrieb pharmazeutischer Spezialitäten vom 12. April 1940 (Verordnungsblatt GGP. I S 136) habe ich die Herstellung folgender Präparate genehmigt. Die Genehmigungen werden folgendermaßen **registriert:**

Reg. Nr.				
3003	Tenosin Liquor	10, 20, 250	g	Bayer-
3004	Tenosin Tabletten	20, 250	St.	Leverkusen
3005	Tenosin Ampullen	3, 10	„	„
3006	Spirocid Tabletten	0,01, 50	„	„
3007	Spirocid Tabletten	0,25, 30	„	„
3008	Dolantin Tabletten	10, 20	„	„
3009	Dolantin Ampullen	5	„	„
3010	Priovit Dragées	20	„	„
3011	Novalgin Chinin Dragées	10, 20	„	„
3012	Lactoflavin Ampullen	5	„	„
3013	Cantan Tabletten	10, 20	„	„
3014	Cantan Fortius Amp.	3, 15	„	„
3015	Cantan Ampullen	5, 25	„	„

Umregistriert werden folgende Präparate:

3001	Ephetonin Tabletten	6, 10, 200	St.	E. Merck
3002	Ephetonin Ampullen	5, 10	St.	Darmstadt

Die alten Registernummern:
1548 und 1549
sind hiermit erloschen.

Krakau, den 30. September 1940.

Der Leiter
der Abteilung Gesundheitswesen
im Amt des Generalgouverneurs
I. A. **Dr. Luckenbach**

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Zarządzenie

Przy okazji mego objazdu po Generalnym Gubernatorstwie zauważyłem, że w wielu aptekach wywieszone są w lokalu aptecznym a co więcej nieraz nawet w oknach wystawowych ogłoszenia reklamowe i spisy z adresami lekarzy.

Ponieważ robi to wrażenie taniej reklamy i nie licuje z powagą stanowiska lekarza, — uznaję tego rodzaju postępowanie za niedopuszczalne i zabraniam tego na przyszłość tak lekarzom jak i aptekarzom.

Kierownik w z.
Dr Kroll

Obwieszczenie
z dnia 30 września 1940.

Na podstawie polskiego rozporządzenia o wyrobie i obrocie specyfikami farmaceutycznymi z 30 czerwca 1926 (Dz. U. R. P. Nr 70 poz. 409) i rozporządzenia o zmianie i uzupełnieniu polskich postanowień o wyrobie i obrocie specyfikami farmaceutycznymi z 12 kwietnia 1940 (Dz. Rozp. G.G.P. I str. 136) zezwoliłem na wyrób następujących preparatów. Zezwolenia zajerestrowano następujące:

Nr rej.				
3003	Tenosin liquor	10, 20, 250	g	Bayer-
3004	Tenosin tabletki	20, 250	szt.	Leverku-
3005	Tenosin ampułki	3, 10	„	„ (sen
3006	Spirocid tabletki	0,01, 50	„	„
3007	Spirocid tabletki	0,25, 30	„	„
3008	Dolantin tabletki	10, 20	„	„
3009	Dolantin ampułki	5	„	„
3010	Priovit drażetki	20	„	„
3011	Novalgin Chinin drażetki	10, 20	„	„
3012	Lactoflavin ampułki	5	„	„
3013	Cantan tabletki	10, 20	„	„
3014	Cantan Fortius amp.	3, 15	„	„
3015	Cantan ampułki	5, 25	„	„

Przerejestrowano następujące preparaty:

3001	Ephetonin tabletki	6, 10, 200	szt.	E. Merck
3002	Ephetonin ampułki	5, 10	„	Damstadt

Stare numery rejestracyjne:
1548 i 1549
niniejszym wygasły.

Kraków, 30 września 1940.

Kierownik
Wydziału spraw zdrowotnych
w Urzędzie Generalnego Gubernatora
w z. **Dr Luckenbach**

Urzędowa ordynacja opłat

Ordynacja opłat dla uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej lekarzy i lekarzy-dentystów

(Ciąg dalszy)

48. Nastawienie i pierwszy opatrunek wywichniętych członków
 a) uda . . . . 40.00—400.00
 b) ramienia . . . . 20.00—200.00
 c) przedramienia, podudzia, stawu dłoni lub stopy . . . . . 20.00—200.00
 d) rzepki . . . . 8.00— 80.00
 e) szczęki dolnej . . . . 10.00—100.00
 f) palców u rąk lub nóg . . . . 6.00— 60.00
 g) za nastawienie i opatrunek zestarzałych zwichnięć podwójne, za krwawe nastawienie zwichnięć potrójne stawki.
 h) nastawienie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego . . 30.00—600.00
 i) krwawe leczenie zwyczajnych wywichnięć kolana i ramienia 80.00—800.00

49. Otwarcie jamy czaszkowej:
 a) jedynie w celu punkcji mózgu . . . . 40.00—400.00
 b) z szerokim odsłonięciem mózgu 100.00-1.000.00
 c) z zabiegami na mózgu łącznie z czynnościami pod a. i b. . 120.00-1.200.00

50. Resekcja łuków kręgów z usunięciem lub bez usunięcia guza w kanale kręgowym jak również z przecięciem tylnych korzeni nerwów 100.00-1.000.00

51. a) Operacja zwykłej wargi zajęczej . . . . 20.00—300.00
 b) większe operacje plastyczne (tworzenie powiek, nosa, warg, podniebienia) operacja skomplikowanej wargi zajęczej . . 40.00—400.00
 Każdy większy zabieg uważa się za samodzielną operację.

52. a) Usunięcie części języka . . 20.00—200.00
 b) usunięcie całkowite języka . . 40.00—400.00
 Za podwiązanie art. lingualis, ponadto jeszcze opłata pod nr 34a.

53. a) Otwarcie krtani lub tchawicy 40.00—400.00
 b) częściowe lub całkowite usunięcie krtani . . . . 60.00—900.00
 c) operacja wola . . . . 60.00—800.00

54. Otwarcie gardzieli lub przełyku 60.00—600.00

55. a) Operacja ropnia opłucnej cięciem . . . . 40.00—400.00
 b) torakoplastyka . . . . . . 80.00—800.00
 c) założenie sztucznej odmy piersiowej . . . . 60.00—600.00
 Każde dalsze dopełnienie . . 20.00—200.00

56. Operacja na wewnętrznych narządach jamy piersiowej . . . 100.00-1.000.00

57. Operacje na wewnętrznych narządach jamy brzusznej . . 100.00-1.000.0

58. a) Odprowadzenie wolnej przepukliny lub wypadnięcia odbytnicy . . . . 6.00— 60.00
 b) odprowadzenie uwięźgniętej przepukliny . . . . 20.00—200.00
 c) operacja uwięźgniętej przepukliny lub radykalna operacja przepukliny . . . . . 60.00—600.00
 d) operacja wypadnięcia odbytnicy lub guzków krwawniczych 20.00—200.00
 e) operacja przetoki odbytnicy . 20.00—200.00
 f) usunięcie kiszki stolcowej . 100.00-1.000.00

59. a) Otwarcie powierzchownego zamknięcia rzyci, cewki moczowej, szpary sromowej . . 6.00— 60.00
 b) otwarcie głębszego zamknięcia odbytnicy, cewki moczowej, pochwy . . . . 30.00—300.00

60. a) Odprowadzenie załupka . . 4.00— 40.00
 b) operacja stulejki lub załupk . 12.00—120.00
 c) cięcie cewki moczowej . . . 20.00—200.00
 d) operacja przetoki cewki moczowej . . . . 40.00—400.00
 e) operacja wierzchnictwa lub spodnictwa . . . . 60.00—600.00
 Każdy większy zabieg pod d. i e. uważa się za samodzielną operację.
 f) odjęcie członka męskiego . . 30.00—300.00
 g) usunięcie ciał obcych z cewki moczowej:
 u mężczyzny . . . . 6.00— 60.00
 u kobiety . . . . 4.00— 40.00
 h) usunięcie ciał obcych z pęcherza moczowego . . . . . . 40.00—400.00
 i) masaż gruczołu krokowego . 4.00— 40.00

61. a) Zastrzyk do cewki moczowej 4.00— 40.00
 b) badanie cewki moczowej przy pomocy narzędzi . . . . . 5.00— 50.00
 c) badanie cewki moczowej przy pomocy wziernika . . . . . 10.00—100.00
 d) wprowadzenie zgłębnika:
 u mężczyzny . . . . 4.00— 40.00
 u kobiety . . . . 3.00— 30.00

(Ciąg dalszy nastąpi)

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.

CENNIK OGŁOSZEŃ

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm.
1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

CENA ZASADNICZA DLA OGŁOSZEŃ:

1/1 kolumna	Zł 537.60
1 mm w 1 łamie . . .	„ 0·24

OPUSTY:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne	3%
6 „	5%
12 „	10%
24 „	15%
52 „	20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm	3%
3000 „	5%
5000 „	10%
10000 „	15%
20000 „	20%

DOPŁATY:

2 strona okładki	75%
3 i 4 strona okładki . . .	50%
ogłoszenie pod tekstem . .	75%
na miejscu zastrzeżonym . .	25%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo	Zł. 0·20
słowo tłustym drukiem . .	„ 0·40

WOLNE POSADY:

za słowo	Zł 0·40
słowo tłustym drukiem . .	„ 0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.